Centre
de services scolaire
de la Pointe-de-l'Île
Québec

RHAS-07

Registre d'accident

Nom et prénom	Matricule	Fonction	Établissement

Date de l'accident : _____ Heure : _____

Activité au moment de l'accident : _____

Description de l'événement : _____

_____

_____

_____

Nature de la blessure : _____

Premiers soins reçus : _____

Témoin(s), s'il y a lieu : _____

Autres commentaires : _____

Je confirme que j'ai été victime de l'accident ci-haut mentionné et que les faits inscrits sont exacts.

Signature de la travailleuse/du travailleur : _____ **Date :** _____

Cochez si l'accident a généré une absence le jour de l'événement : ☐ **AVEC ABSENCE** ☐ **SANS ABSENCE**

Signature de la direction de l'établissement ou du service : _____ **Date :** _____

VEUILLEZ TRANSMETTRE LE PRÉSENT REGISTRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU NUMÉRO SUIVANT : 514 642-8330.